

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°119

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET LA SYPHILIS MÉNINGÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1921

PAR

François ASTIER

Né à Castillon-de-Gagnières (Gard), le 29 Janvier 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BOSC, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur.		
		EUZIÈRE, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET LA SYPHILIS MÉNINGÉE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°119

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET LA SYPHILIS MÉNINGÉE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juillet 1921

PAR

François ASTIER

Né à Castillon-de-Gagnières (Gard), le 29 Janvier 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	BOSC, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		DUCAMP, professeur.		
		EUZIERE, agrégé.		
		MARGAROT, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921

UNIV.
BIBLIOTHEEK
MONTPELLIER

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène	VIRE.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET
Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
Anatomie.....	MARGAROT.	Accouchements..	GALAVIELLE
	DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie.....	MESTREZAT	Histoire natur.	
		Physique.....	PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. BOSC, professeur, *Président*. | MM. EUZIERE, agrégé.
DUCAMP, professeur. | MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Trop tôt disparu.

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de filiale affection
et de profonde reconnaissance.*

A MA FEMME

Comme gage de notre amour.

A MES FILS MAURICE ET GEORGES

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. ASTIER.

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

F. ASTIER.

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer les quelques notions qui font l'objet de cette étude, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont instruit.

Nous remercions tout particulièrement Monsieur le professeur Ducamp, pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études médicales, nous conservons pour le maître un sentiment de profonde gratitude.

Que Monsieur le professeur Bosc reçoive ici l'expression de notre reconnaissance pour la confiance dont il nous juge digne, en acceptant la présidence de cette thèse.

Nos remerciements vont également à Messieurs les professeurs Euzière et Margarot qui ont bien voulu nous faire l'honneur de nous juger aujourd'hui.

Nous devons ajouter enfin que les diverses observations publiées par ces maîtres, nous ont été d'un grand secours dans l'élaboration de notre travail.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE

L'ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

ET LA SYPHILIS MÉNINGÉE

I. — INTRODUCTION

Si l'on parcourt les innombrables publications qui ont traité, ces trois dernières années, de l'encéphalite épidémique, on peut se convaincre aisément que ce n'est souvent pas une affection d'un diagnostic facile.

Netter qui, le premier en France, la décrivit en 1918, avait cru pouvoir en faire une entité morbide nettement individualisée, avec un tableau symptomatique à peu près le même dans tous les cas.

En réalité, on s'est aperçu, depuis, que ce tableau symptomatologique variait à l'infini, et que si l'encéphalite léthargique est une affection à peu près individualisée aujourd'hui au point de vue bactériologique (on sait en effet qu'elle est causée par un virus filtrant comparable à celui de la rage) il n'en est pas de même au point de vue clinique, où elle offre une capriciosité, un polymorphisme dé-

concertants. La symptomatologie et l'évolution différaient radicalement d'aspect suivant la virulence de l'agent infectieux et surtout suivant ses localisations sur l'axe nerveux cérébro-spinal. Si bien que certains auteurs, ayant tenté, pour plus de vérité clinique, d'élargir le cadre, où se jouaient les manifestations de cette curieuse maladie, avaient proposé de la dénommer: « névraxite épidémique » (Sicard).

En effet, l'agent microbien peut se localiser sur n'importe quelle région du névraxe et donner lieu à des symptômes simulant, suivant les cas, une foule d'affections connues: ainsi on a décrit les types choréique, parkinsonien, paraplégique, myoclonique, névralgique, etc., etc.

Mais on n'ignore pas que, parmi la diversité de ses localisations, le virus de l'encéphalite épidémique affectionne tout particulièrement la substance grise du mésocéphale et du métencéphale. Or les manifestations cliniques, auxquelles il donne naissance dans ces cas-là, se rapprochent beaucoup de celles de certaines syphilis méningées, lorsqu'elles se trouvent circonscrites à la région basilaire (telles la méningite syphilitique subaiguë de la période secondaire et surtout la méningite syphilitique chronique tertiaire).

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de syphilis méningée secondaire rappelant à s'y méprendre le tableau clinique d'une encéphalite épidémique, et ayant lu récemment deux observations analogues publiées par MM. Guillaumin, Jacquet et Léchelle, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, nous avons pensé qu'il serait intéressant et utile d'exposer et de faire la critique des moyens de diagnostic qui nous permettent, à l'heure actuelle, de différencier l'une de l'autre ces deux affections.

II. — OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

G. A..., jeune femme de 23 ans, ménagère, entre à l'Hôpital, service de M. le professeur Mairét, le 21 janvier 1921, pour fatigue générale, céphalalgie, diplopie.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 4 ans.

Chancre induré il y a cinq mois.

Début. — La maladie a débuté, depuis une huitaine de jours, par des maux de tête violents, qui n'ont cédé à aucun des calmants habituellement employés, aspirine, antipyrine. En même temps, le sujet était en proie à une fatigue générale telle qu'il lui était impossible, ou du moins très difficile de vaquer à ses occupations journalières. En outre survenaient bientôt de légers troubles gastro-intestinaux, constitués par de l'inappétence, de la lenteur dans la digestion, quelques nausées survenant principalement après les repas, un peu de constipation. Enfin depuis trois ou quatre jours, la malade se plaint de diplopie. Elle n'a jamais eu de fièvre.

Etat actuel. — L'aspect général est celui d'une malade abattue, affaiblie, dans un état d'asthénie nerveuse et musculaire prononcée. Ce qui nous frappe surtout, c'est la

torpeur intellectuelle dans laquelle elle se trouve. G. A... répond difficilement aux questions qu'on lui pose: elle a même l'air de ne parvenir à les comprendre que par un effort de volonté. Cette remarquable lenteur d'idéation, jointe à un ptosis léger et à un strabisme interne de l'œil gauche, ainsi que la fatigue empreinte sur les traits du sujet et dans toute son attitude, rappellent parfaitement l'habitus extérieur caractéristique de l'encéphalite léthargique.

Si l'on ordonne au sujet de faire un mouvement, de marcher par exemple, on s'aperçoit que tous ses mouvements volontaires, sa démarche, sont aussi hésitants que sa parole.

A l'examen, la face est pâle, anémiée, les lèvres et les conjonctives exsangues, pas d'amaigrissement bien marqué. On note une cicatrice de chancre induré à la partie gauche de la lèvre supérieure.

Les paupières supérieures sont en ptosis léger: la malade parvient cependant à les relever complètement quand on lui commande de regarder en haut. L'œil gauche est en strabisme interne. Mais l'abduction du globe reste tout de même possible, avec effort. Il n'y a donc pas à proprement parler une paralysie, mais seulement une parésie de la sixième paire gauche.

La malade, qui avait auparavant une vision excellente, se plaint maintenant de diplopie.

La motilité volontaire des membres supérieurs et inférieurs est intacte, quoique les mouvements s'exécutent avec une certaine lenteur.

Les réflexes achilléens sont normaux; les réflexes rotuliens sont fortement diminués. Pas de clonus du pied ou de la rotule. Pas de Babinski.

A noter, une ébauche de Kernig.

Quand on recherche ce dernier signe le sujet prétend souffrir de la nuque.

A l'abdomen et aux membres supérieurs, pas de modifications des réflexes.

L'examen de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, ne révèle rien d'anormal.

L'appareil digestif serait également normal, si l'on ne trouvait, en examinant la bouche, des amygdales congestionnées, légèrement augmentées de volume et quelques plaques muqueuses opalines dans leur voisinage et au niveau du voile du palais.

Rien à signaler du côté du foie et de la rate.

L'appareil génito-urinaire ne présente rien de particulier.

Résultat de l'analyse d'urines: *urines de vingt-quatre heures*: quantité, 1250; densité, 1011; réaction, acide; urée, 13 gr.2; sucre, albumine, néant; chlorures, 4 gr. 7.

Wassermann positif dans le sang.

Il n'a pas été fait d'examen du liquide céphalo-rachidien, la malade ne s'étant pas prêtée à cette recherche.

En résumé, accident syphilitique primaire à la lèvre supérieure en août 1920, suivi peu après d'accidents secondaires. La malade a subi à cette époque quelques injections intra-veineuses de novarsénobenzol. Au début de janvier, elle s'alite pour céphalée, rachialgie, maux de gorge, asthénie prononcée, torpeur psychique et intellectuelle, somnolence, diplopie. Ces accidents ne s'étant pas amendés, au bout de quelques jours, on l'amène à l'hôpital.

Le traitement a consisté en injections intra-veineuses de novarsénozenbol à doses progressivement croissantes, à raison d'une injection tous les six jours.

Le 20 février, la malade sort de l'hôpital, non complète-

ment guérie, mais très améliorée: la céphalée, la diplopie ont disparu, ainsi que le strabisme interne. Les forces reviennent progressivement et la malade prétend qu'elle pourra reprendre ses occupations.

OBSERVATION II

(Empruntée à MM. Guillaïn, P. Jacquet et Léchelle

Mme B..., âgée de 40 ans, entre à l'Hôpital, le 30 novembre 1920, pour troubles de la sensibilité dans la moitié gauche de la face. Début, trois semaines auparavant, par douleurs névralgiques de la région temporale, étendues peu à peu à la région orbitaire, à la joue, aux gencives, à la langue. Quelques jours après le début, apparition dans la partie gauche de la cavité buccale, sur la joue, les gencives et la langue, d'une éruption lichénoïde. Huit jours après, ptosis de la paupière supérieure gauche. Pas de fièvre.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt.

Le 1^{er} décembre, on constate, à l'examen, des paresthésies dans l'hémiface gauche, des fourmillements, de l'hypoesthésie tactile dans le domaine de l'ophtalmique, de l'analgésie sur l'hémilangue et les gencives à gauche; de l'hypoesthésie thermique dans la zone d'innervation cutanée du trijumeau gauche, aucune douleur provokable aux points d'émergence du sus-orbitaire, du sous-orbitaire, du mentonnier. Ptosis léger de la paupière supérieure gauche. Réflexes tendineux normaux. Le réflexe photomoteur est aboli à gauche, diminué à droite. Les deux pupilles réagissent à l'accommodation. Le liquide céphalo-rachidien contient 0 gr. 40 d'albumine au rachialbuminimètre de Sicard, et 10 lymphocytes par millimètre cube à la cellule

de Nageotte. Le Wassermann est positif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Le 15 décembre apparaît de la diplopie par paralysie du droit externe droit.

Le traitement consiste en injections intra-veineuses et sous-cutanées de néosalvarsan et en injections intra-musculaires de benzoate de mercure.

Sous l'influence de cette thérapeutique, amélioration progressive.

OBSERVATION III

Empruntée à MM. Guillaïn, P. Jacquet et P. Léchelle

M. C..., âgé de 30 ans, très affirmatif sur l'absence de tout antécédent pathologique et spécialement de toute infection syphilitique, entre à l'hôpital le 26 janvier 1921 pour douleurs violentes dans l'hémicrâne et l'hémiface gauches avec sensations paresthésiques dans le domaine d'innervation du trijumeau et ptosis de la paupière supérieure gauche.

A l'examen, on constate chez ce malade une asthénie physique et psychique accentuée. Douleurs névralgiques et sensations paresthésiques (fourmillements, engourdissement) dans la zone cranio-faciale gauche et dans la région cervicale du même côté. Hypoesthésie tactile dans le domaine d'innervation cutanée de l'ophtalmique et du maxillaire supérieur, ainsi qu'au niveau du voile du palais, de la langue et des gencives gauches. Les points d'émergence des branches du trijumeau gauche à la face ne sont pas douloureux, mais la pression sur le plexus cervical et le plexus brachial provoque des douleurs. Léger ptosis de la paupière supérieure gauche. Les réflexes photomoteurs, ainsi que tous les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, non hypertendu et contient 0 gr. 71 d'albumine au rachialbuminimètre de Sicard, 135 lymphocytes par millimètre cube à la cellule de Nageotte. La réaction de Wassermann y est positive (de même d'ailleurs que dans le sang).

Ces constatations faites dans le liquide céphalo-rachidien, nous ont amené à la conviction qu'il s'agissait chez notre malade non d'une forme de l'encéphalite épidémique, mais de syphilis méningée avec participation des nerfs du mésocéphale. En effet, en pressant le malade de questions, nous avons obtenu alors l'aveu qu'il avait eu, il y a cinq mois, un petit chancre du fourreau de la verge, diagnostiqué syphilitique dans un hôpital de Paris qu'il avait même reçu deux injections de galyl mais qu'il avait abandonné tout traitement.

III. — ENCEPHALITE EPIDEMIQUE OU SYPHILIS MENINGEE?

Nous voilà donc, pour nous résumer, en présence de trois malades, qui ont présenté comme symptômes dominants :

Dans l'observation I, de la céphalée, une asthénie générale très prononcée, de la torpeur intellectuelle (remarquable lenteur de compréhension, d'idéation), de la diplopie par strabisme interne de l'œil gauche et un ptosis léger des deux paupières supérieures.

Dans l'observation II, une violente névralgie faciale d'abord, puis des sensations paresthésiques dans l'hémiface gauche, du ptosis de la paupière supérieure gauche, de la diplopie par paralysie de la sixième paire droite, et enfin un signe d'Argyll très net à gauche moins net à droite.

Dans l'observation III, des algies dans l'hémiface et l'hémicrâne gauche, des paresthésies dans le domaine du trijumeau du même côté, du ptosis de la paupière supérieure gauche.

Dans les trois cas, ces phénomènes ont évolué lentement, insidieusement, sans fièvre.

Il est certain qu'en présence de tels tableaux symptomatologiques, en l'absence surtout des investigations biologiques habituelles, et étant donné la vogue actuelle de

l'encéphalite épidémique, on doit avoir une tendance instinctive à porter ce dernier diagnostic.

Cette erreur fut commise d'ailleurs dans les deux cas de MM. Guillaïn, Jacquet et Léchelle; et si elle ne l'a pas été dans notre cas personnel, ce fut grâce à la notion d'une atteinte syphilitique récente avouée par la malade et à la constatation de plaques muqueuses buccales en cours d'évolution au moment de notre premier examen.

En effet, la symptomatologie énumérée ci-dessus était bien dans les trois observations une symptomatologie d'encéphalite léthargique: la céphalée, l'asthénie, la torpeur intellectuelle dans le premier cas, les algies et les sensations paresthésiques dans le domaine du facial ou du trijumeau chez les deux autres sujets et surtout les troubles oculaires, constitués par des paralysies ou plutôt des parésies parcellaires, fugaces, peu marquées en général, des muscles moteurs du globe, ainsi que de la musculature intrinsèque, tous ces symptômes réunis correspondaient parfaitement au tableau clinique habituel d'une encéphalite léthargique. Nous disons à dessein d'« une » encéphalite léthargique et non de « l' » encéphalite léthargique type. Car celle-ci, avec toute sa symptomatologie au grand complet, telle que la décrivait Netter aux médecins du bassin de la Sarre, n'existe que rarement en pratique. On voit plus souvent des cas à symptomatologie restreinte. D'ailleurs les innombrables publications, qui ont paru ces trois dernières années sur cette curieuse affection, nous donnent bien une idée de la diversité infinie de ses formes, de son polymorphisme clinique. C'est justement pourquoi, dès que quelques symptômes, ressortissant d'ordinaire à l'encéphalite épidémique se rencontrent chez un même sujet, nous sommes aussitôt enclins à porter chez ce sujet le diagnostic correspondant. Et pourtant dans quelques af-

fections méningées, comme certaines méningites tuberculeuses (voir à ce propos : Pagliano et Robiolis : « Quelques cas d'encéphalite léthargique », *Marseille Médical*, pp. 1196-1199, octobre 1920) et surtout comme certaines méningites syphilitiques, telles la méningite syphilitique secondaire subaiguë, à forme circonscrite (basilaire) ou encore la méningite syphilitique chronique à forme également circonscrite de la période tertiaire, dans ces affections méningées, disons-nous, il n'est pas rare de rencontrer une symptomatologie analogue : céphalée, algies ou paresthésies du facial ou du trijumeau, paralysies parcellaires de certains muscles moteurs du globe ou bien de la musculature interne (sphinctérien, muscle ciliaire), siégeant en tous cas le plus souvent dans le domaine de la troisième paire, diplopie consécutive, symptôme important, qui est souvent le seul pour lequel le malade vient consulter le médecin — torpeur intellectuelle, fatigue générale, asthénie.

Or, en pareils cas, comment faire la part de ce qui revient à l'encéphalite léthargique et de ce qui revient à la syphilis méningée ? En s'aidant des seules données fournies par la clinique, il semble bien que c'est tout à fait impossible.

Cependant certains auteurs ont prétendu pouvoir faire le départ entre les deux affections par la constatation du signe d'Argyll-Robertson. Sicard notamment affirme sa conviction que le signe d'Argyll est exceptionnel au cours d'une encéphalite épidémique et en tous cas d'une durée transitoire. « Nous savons, dit-il, que le signe d'Argyll, témoin d'une syphilis nerveuse, ne rétrocede jamais. Si, donc au cours d'une affection suspecte d'encéphalite nous constatons un signe d'Argyll irréductible, c'est que, avec

une certitude à peu près absolue, il s'agit d'une neuro-syphilis absolue ou associée... ».

Dans notre seconde observation, il semble donc que la seule présence du signe d'Argyll eût dû écarter le diagnostic d'encéphalite épidémique.

Mais tous les auteurs ne sont pas du même avis que Sicard, quant à l'exclusivité pathologique du signe d'Argyll. Achard et Netter à Paris, Economo à Vienne, Nonne à Hambourg, Naëf à Munich, ont constaté la présence de ce signe dans diverses épidémies d'encéphalite, chez des malades manifestement indemnes de toute infection syphilitique. D'ailleurs même théoriquement, comme le dit Netter à juste titre « on ne saurait imaginer que l'altération locale déterminée qui tient sous sa dépendance le signe d'Argyll puisse être provoquée par le seul tréponème à l'exclusion de tout autre agent pathogène ».

Certains ont voulu se baser, pour faire le diagnostic différentiel de l'encéphalite épidémique et de la syphilis méningée, ou du moins des formes de syphilis méningée que nous envisageons ici, sur la céphalée violente, tenace, persistante, ne cédant à aucun des calmants habituels, qui serait pathognomonique de l'infection syphilitique. En réalité, une pareille céphalée a été accusée bien des fois, à notre connaissance, par des malades atteints nettement d'encéphalite.

De même les autres signes cliniques, comme les algies, les paresthésies, l'hébétude, la torpeur intellectuelle sont également communs aux deux affections.

Somme toute, il est des cas relativement nombreux où le diagnostic clinique n'est pas suffisant pour nous permettre d'affirmer l'une ou l'autre de ces maladies. Les trois observations rapportées par nous le démontrent clairement.

Dans ces cas-là, il est évident qu'on doit s'adresser à d'autres moyens de diagnostic. Ces moyens sont: les examens de laboratoire du liquide céphalo-rachidien et le traitement d'épreuve.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien dans les méningites syphilitiques sont de divers ordres: cytologique, chimique, biologique. La réaction leucocytaire, qui fait rarement défaut, consiste presque toujours en une *lymphocytose*. Au point de vue chimique l'élément le plus important est l'*hyperalbuminose*, avec augmentation prédominante des globulines: phases de Nonne et Appelt, épreuve de Noguchi positive. Enfin, la réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien a la plus grande valeur diagnostique. On ajoute à cette dernière, en général la réaction de Wassermann dans le sang. Celle-ci est très souvent positive; mais elle peut être négative dans les cas de syphilis nerveuse ou méningée, sans que le diagnostic soit pour cela infirmé seule la précédente importe.

Dans l'encéphalite épidémique, l'intégrité du liquide céphalo-rachidien paraissait au début de l'étude de cette maladie, un symptôme constant. On sait maintenant que cette affection peut s'accompagner de réactions méningées (Achard, Widal, P. Marie, H. Roger). Ces réactions méningées consistent en *lymphocytose* et *hyperalbuminose*. Mais l'une comme l'autre disparaissent d'elles-mêmes au bout de quelques jours, sans traitement. Quant à la dissociation albumino-cytologique, assez fréquente dans la syphilis méningée, elle a été décrite récemment par divers auteurs dans l'encéphalite léthargique (cf. Bénard: « Dissociation cyto-albuminique dans l'encéphalite léthargique », *Soc. méd. hôp. Paris*, 26 février 1920; Mauriac et Bonnard: « La dissociation albumino-cytologique dans

l'encéphalite léthargique », *Soc. an. clin. Bordeaux*, 1920). Mais comme l'hyperalbuminose et comme l'hyperleucocytose, la dissociation albumino-cytologique disparaît rapidement dans l'encéphalite léthargique, les éléments constitutants n'existant plus au bout de quelques jours dans le liquide céphalo-rachidien. Au contraire dans la syphilis méningée, elle est persistante et tend même à s'accroître au fur et à mesure que progresse la maladie.

Reste la réaction de Wassermann. Nous savons, depuis les recherches de Jeanselme « qu'une réaction de Wassermann, positive dans un liquide fortement albumineux, a été trouvée bien des fois chez des sujets non syphilitiques, ce qui semble démontrer que cette réaction est liée à l'hyperalbuminose, car elle est devenue négative aussitôt que la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien s'est rapprochée de la normale ». C'est pour cette raison sans doute qu'on a rencontré des réactions de Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints d'encéphalite léthargique, en dehors de toute suspicion de syphilis. Cependant, il est juste de dire que cela est exceptionnel, que le Bordet-Wassermann est d'ordinaire négatif dans l'encéphalite épidémique et que, d'ailleurs, quand il est positif, cela ne dure que ce que dure l'hyperalbuminose, c'est-à-dire très peu.

D'ailleurs, il ne faut pas se contenter de faire le Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Il faut également le faire dans le sang. Si les deux réactions sont positives on peut presque à coup sûr affirmer la spécificité. Si la réaction n'est positive que dans le liquide céphalo-rachidien, le doute est permis, au moins dans les premiers jours de la maladie, ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

Dans ce dernier cas le seul critérium de certitude est le

traitement d'épreuve, mercuriel ou arsenical, ou combiné, arsenico-mercuriel. Quoique souvent les méningites syphilitiques ne soient pas aussi sensibles à ce traitement que les autres accidents de la syphilis, elles rétrocedent cependant en général sous l'influence d'un traitement bien mené et longtemps suivi — surtout si l'on se base pour la direction du traitement sur les indications fournies par des examens fréquents de liquide céphalo-rachidien.

Dans les trois observations que nous avons rapportées, le traitement antisypilitique a donné des résultats excellents, résultats qui venaient d'une façon certaine confirmer le diagnostic. Car, dans l'encéphalite épidémique on sait depuis Netter que le traitement mercuriel ou arsenical est inefficace.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que des cas où l'on ne se trouvait en présence que de l'une des deux affections : encéphalite léthargique ou syphilis méningée. Mais il faut toujours se méfier d'une association des deux maladies. Les syphilitiques en effet ne sont pas exempts des atteintes de l'encéphalite épidémique. Au contraire, chez ces malades comme chez tous les chroniques, il y a une prédisposition de terrain, principalement chez ceux qui ont déjà présenté des accidents de syphilis nerveuse. Dans ces cas-là souvent l'affection nouvelle — encéphalite épidémique — vient réveiller une syphilis latente, que l'on pouvait croire guérie (Jeanselme). Le diagnostic devient fort difficile et l'on court le risque de méconnaître une des deux affections. C'est alors surtout qu'il convient, plus que jamais, de s'entourer de toutes les ressources diagnostiques, que nous offre le laboratoire.

IV. — CONCLUSIONS

L'encéphalite léthargique étant une affection extrêmement capricieuse dans son tableau clinique — polymorphe — à symptomatologie souvent restreinte, il est parfois fort difficile de la différencier de certaines méningites syphilitiques, telles que la méningite syphilitique subaiguë à forme circonscrite (basilaire) de la période secondaire ou la méningite syphilitique chronique tertiaire.

Le diagnostic — basé sur les seuls symptômes cliniques — est souvent impossible. Malgré les affirmations de certains, la céphalée rebelle et le signe d'Argyll-Robertson lui-même ne sont pas pathognomoniques de l'une des deux affections: ils se rencontrent dans les deux.

Le diagnostic doit donc s'appuyer sur les examens — cytologique, chimique, biologique — du liquide céphalo-rachidien, ainsi que sur la réaction de Wassermann dans le sang.

L'hyperalbuminose, la lymphocytose, le Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien sont en faveur de la syphilis. Cependant ils ont aussi été signalés dans l'encéphalite épidémique, mais moins prononcés et surtout moins tenaces — disparaissant d'eux-mêmes au bout de quelques jours, sans traitement.

Le Wassermann, positif dans le sang, est un indice plus sûr de spécificité.

On doit évidemment tenir compte de tous ces facteurs pour faire le calcul des probabilités.

Cependant dans les cas où le tableau symptomatologique — joint aux examens de laboratoire — ne sont pas suffisants pour permettre un diagnostic certain, il faut avoir recours au traitement d'épreuve. Celui-ci est toujours inefficace dans l'encéphalite épidémique, rarement dans les syphilis méningées.

Se méfier d'une association entre ces deux états morbides, les syphilitiques (surtout ceux qui ont présenté des accidents nerveux) étant, plus que d'autres, prédisposés aux atteintes de l'encéphalite (prédisposition de terrain) et, d'autre part, une atteinte d'encéphalite épidémique venant souvent réveiller une syphilis latente, chez des sujets que l'on pouvait croire guéris de cette dernière affection.

V. — BIBLIOGRAPHIE

- 1905 LAMY. — Art. syphilis cérébrale, in *Traité de médecine* de Charcot, Bouchard, t. IX.
- 1907 GOMBAULT. — Art. méningite syphilitique, in *Manuel d'histologie patholog.* de Cornil et Ranvier.
- 1910 GOUJAT. — Les méningites syphilitiques aiguës et subaiguës. *Th. Lyon.*
- MIRIEL. — Contribution à l'étude clinique des méningites syphilitiques. *Thèse Paris.*
- 1911 EUZIERE, MESTREZAT et ROGER. — La réaction du liquide céphalo-rachidien à l'acide butyrique (réaction de Noguchi); sa valeur dans le diagnostic des syphilis du névraxe. *L'Encéphale*, septembre.
- 1912 JOLIVET. — Des réactions méningées au cours de la syphilis: leur enchaînement et leur pronostic. *Thèse Paris.*
- 1913 ROGER. — Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis et la parasymphilis nerveuse. *Presse médic.*
— Les méningites syphilitiques. *Paris médical*, p. 477.
- NEISSER. — Les principes du traitement moderne de la syphilis. *Revue médicale d'Egypte*, p. 9.
- 1915 DUFOR (II.). — Les méfaits de l'hérédosyphilis tardive sur le système nerveux. *Soc. méd. hôp.*, Paris, 19 mai.

- 1918 FEINDEL. — La méningite syphilitique aiguë. *Revue de neurologie*, octobre.
- 1919 CAIZERGUES. — L'encéphalite léthargique. *Thèse Montpellier*.
- 1920 NETTER (A.). — Leçon aux médecins du bassin de la Sarre sur l'encéphalite léthargique. *Presse médicale*, 7 avril.
- BOSC (F.). — Dix-huit cas d'encéphalite léthargique. Epidémie de la région de Montpellier. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 1^{er} avril.
- Détermination radriculaire de l'encéphalite léthargique. *Idem*, 22 avril.
- DUCAMP, BLCUQUIER et TZÉLÉPOGLOU. — Un cas d'encéphalite léthargique, avec examen histologique. Communication à l'Académie de médecine, séance du 11 mai, in *Presse médicale*, 15 mai.
- RAUZIER et GIRAUD. — Somnolence syphilitique. Soc. méd. et biologique de Montpellier, 27 février, in *Montpellier médical*.
- CRÉPIN. — Encéphalite à type léthargique avec lymphocytose et Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. In *Soc. méd. hôpitaux*, 13 février.
- CLAUDE. — Etats méningés avec narcolepsie et encéphalite léthargique. In *Soc. méd. hôpitaux*, 23 janvier.
- ACHARD. — Diversité clinique de l'encéphalite léthargique. *Acad. de méd.*, 3 février.
- WIDAL. — Réactions méningées dans l'encéphalite léthargique. *Acad. de méd.*
- HALLÉ. — Hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique. *Bul. et mém. Soc. méd. hôp.*, 23 janvier.

ROGER. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'encéphalite léthargique. *Rev. de biol.*, 28 février.

BENARD. — Dissociation cyto-albuminique dans l'encéphalite léthargique. *Soc. méd. hôp.*, 26 fév.

JÉANSELME. — Encéphalite léthargique et syphilis. *Acad. de méd.*, 2 mars.

NETTER. — Traitement de l'encéphalite léthargique. *Acad. de méd.*, 30 mars.

BOUISSEREN. — Contribution à l'étude de la méningite syphilitique à forme hypersomnique. *Th. Montpellier.*

ROGER. — Encéphalite léthargique chez un ancien syphilitique. Début par un syndrome myoclonique douloureux. *Gaz. des hôp.*, 10 avril.

ROGER et CHAIX. — Pseudo-encéphalite léthargique névropathique: léthargie rythmée psychonévrosique post-infectieuse. *Paris Médical*, 10 avril.

RIMBAUD et SENTIS (Mlle). — Pseudo-encéphalite léthargique par le véronal chez une pithiatique. *Soc. sciences méd. Montpellier*, 30 juil.

CRUCHET, MONTIER et CALMETTE. — Le pronostic de l'encéphalomyélite épidémique. *Soc. médicale hôpitaux*, 23 octobre.

ROGER. — Le polymorphisme de l'encéphalite épidémique. Classification des formes cliniques. *Progrès médical*, 5 mai.

OLMER et FOATA. — Encéphalite léthargique à début douloureux névralgiforme. *Marseille médical*, p. 55-56.

BOSC. — Le délire dans l'encéphalite léthargique et les formes délirantes simples. *Soc. méd. hôp. Paris*, 7 mai.

PAYRÉ. — Contribution à l'étude de la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. *Th. Montpellier.*

EUZIERE, MARGAROT et PIÉTRI. — Les neurorécidives syphilitiques après traitement par les arsénobenzols. *Sud médical*, 15 juin.

1921 GUILLAIN (G.), JACQUET (P.) et LÉCHELLE (P.). — Syphilis de la région du métencéphale et du mésocéphale simulant l'encéphalite épidémique. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 28 janvier.

— Réaction méningée syphilitique secondaire avec troubles mésocéphaliques simulant l'encéphalite épidémique. *Idem.*

En ma qualité de Censeur de thèse
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
L'Encéphalite Epidémique et la Syphilis Méningée par M. François ASTIER.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu :
Montpellier, le 30 juin 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Montpellier, le 29 Juin 1921.

Le Professeur.

BOSC.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 30 juin 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
